



### Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Hatten Sie schon einmal eine Narkose/Operation?	ja/nein	wenn ja, welche?
Ergaben sich bei der Narkose Besonderheiten?	ja/nein	
Gab es bei Blutsverwandten Narkosezwischenfälle?	ja/nein	
Leiden Sie oder einer Ihrer Blutsverwandten an einer Muskelerkrankung?	ja/nein	
Befanden Sie sich in letzter Zeit in weiterer ärztlicher Behandlung?	ja/nein	wenn ja, weswegen?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	ja/nein	wenn ja, welche?
Besteht eine Schwangerschaft?	ja/nein	
Tragen Sie Zahnprothesen/ Kontaktlinsen?	ja/nein	
Rauchen Sie?	ja/nein	wenn ja, wieviel?
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	ja/nein	wenn ja, wieviel?

### Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden oder litten?

(wenn ja, welche? Seit wann?)

- Herz-,Kreislauf-,und Gefäßerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzstolpern, Bluthochdruck)	ja/nein
- Lungen- und Atemwegserkrankungen (z.B. Bronchitis, Asthma, Tuberkulose)	ja/nein
- Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Fettleber)	ja/nein
- Nierenerkrankungen (z.B. Nierenentzündung, Nierensteine, Dialyse)	ja/nein
- Magen-, Darmerkrankungen (z.B. Geschwür, Entzündung)	ja/nein
- Stoffwechselerkrankungen (z.B.Zuckerkrankheit, Gicht)	ja/nein
- Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Über-,Unterfunktion, Kropf)	ja/nein
- Augenerkrankungen (z.B. grauer, grüner Star)	ja/nein
- Nerven- oder Gemütsleiden (z.B. Krampfleiden, Lähmungen, Depressionen)	ja/nein
- Erkrankungen des Skelettsystems (z.B. Bandscheibenbeschwerden, Rheuma)	ja/nein
- Bluterkrankungen (z.B. Blutarmut, Bluter)	ja/nein
- Allergien (z.B.Heuschnupfen)	ja/nein
- andere Erkrankungen	ja/nein

Hiermit bestätige ich,....., daß ich rechtzeitig und hinreichend über das Narkoseverfahren zu o.g. Eingriff aufgeklärt worden bin. Das Narkoseinformationsblatt habe ich erhalten, gelesen und verstanden; die Verhaltensweise vor und nach der Narkose werde ich beachten. Die Möglichkeit zum Besuch der Narkosesprechstunde nutze ich / nutze ich nicht.

Ich habe keine weiteren Fragen und erkläre mein Einverständnis zur Narkose.

Datum: \_\_\_\_\_ Erziehungsberechtigter°/ Patient : \_\_\_\_\_ aufklärender Arzt: \_\_\_\_\_

°Bei Erziehungsberechtigten: Unterschreibt nur ein Elternteil allein, erklärt er zugleich, daß ihm das Sorgerecht allein zusteht oder daß er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.